THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 *août* 1839,

Par BÉNÉDICT-AUGUSTIN MOREL, de Vienne
(Autriche).

I. — Comparer les avantages et les inconvénients des tailles périnéales et hypogastrique dans les cas de grosse pierre chez l'adulte et le vieillard.

II. — Des différentes sources du délire ; en indiquer les prodromes.

III. — Des usages du système pileux ; des causes de la coloration de ce système.

IV. — Tracer les caractères abrégés des plantes de la famille des amomées, et des médicaments que la thérapeutique en retire.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné), Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Président. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ....
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE, Examinateur.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LEGROUX.
LARREY.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE, Examinateur.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT BIENFAITEUR

M. FR. DUPONT,

Ancien Principal du Collége de Phalsbourg.

A M^LLES E. ET V. WALZ.

Faible hommage de mon dévouement filial.

B.-A. MOREL.

A MESDAMES

DE WOLF ET DE BERTHIER.

Hommage de ma vive reconnaissance.

B.-A. MOREL.

Arrivé à la fin de mes études médicales, je saisis l'occasion de rendre hommage aux différentes personnes dont les conseils et l'amitié m'ont soutenu et encouragé dans le cours de mes travaux. Je mets en premier rang mes maîtres de l'École de Paris, dont le zèle pour les élèves est sans bornes ; je prie les familles de MM. Le Ray de Chaumont, de MM. de Latouche et de Laraqc, de Mesdames de Benoit et de Reichshoffen, de recevoir l'hommage de mes remercîments.

Je prie en particulier M. Mougeot, grand vicaire à Saint-Diez, M. Maeyz, à Luxembourg, et mon respectable ami M. Momet, de Paris, de recevoir l'hommage de ma vive reconnaissance.

B.-A. MOREL.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Comparer les avantages et les inconvénients des tailles périnéales et hypogastrique dans les cas de grosse pierre chez l'adulte et le vieillard.

Trois voies sont ouvertes au chirurgien pour pénétrer dans la vessie, l'une par-dessus les pubis, l'autre par le périnée, la dernière par le rectum. Toutes les trois comptent des succès et des revers: mais mon plan n'est pas de me placer ici sur le terrain de la statistique; je crois seulement que, pour donner une solution aussi satisfaisante que possible de cette question, il est nécessaire de rappeler en peu de mots les avantages et les inconvénients respectifs des tailles périnéales et hypogastrique dans les cas ordinaires.

En général, on peut dire que la taille périnéale offre peu de dangers dans son exécution, quand elle est faite suivant les règles de l'art. Il est toujours facile, si l'on prend toutes les précautions convenables, d'éviter les lésions du rectum, à moins de rencontrer, comme cela est arrivé à Dupuytren, une dilatation excessive de cet organe; de plus, l'intestin peut quelquefois être dévié d'un côté ou d'un autre.

Elle expose aux hémorrhagies par la lésion des artères superficielle et transverse du périnée; les moyens que l'on emploie pour arrê-

ter cette hémorrhagie sont des causes d'inflammations plus considérables. Sir A. Cooper a vu périr deux malades à la suite d'hémorrhagie des plexus volumineux qui entourent le col vésical chez quelques individus. Ces veines restent béantes, comme l'a prouvé M. Lenoir, à cause du tissu dense qui les entoure. Quoique bien moins rare que dans la taille hypogastrique, cependant l'infiltration urineuse peut avoir lieu, si l'on dépasse les limites de l'aponévrose périnéale profonde.

Dans les différents procédés qui distinguent les tailles latéralisées, il résulte de leur examen, comme disent Sabatier et Dupuytren, que, partant toujours du col de la vessie, les incisions pratiquées pour ouvrir un passage aux calculs urinaires ont été dirigées, tantôt en haut vers la symphyse pubienne, tantôt au travers contre la branche du pubis, tantôt en arrière du côté de l'anus, tantôt, enfin, dans des directions obliques intermédiaires aux précédentes, c'est-à-dire, en haut et en dehors, et en bas et en dehors. Cette dernière constitue l'appareil latéralisé, proprement dit. Dans l'incision en haut, vers la symphyse du pubis, on ne rencontre sur le trajet de l'instrument aucun vaisseau considérable, aucun organe important. Le plexus veineux qui entoure le col vésical chez les vieillards est à peine marqué chez les jeunes sujets. L'instrument s'éloigne du rectum, ainsi que des branches superficielles du périnée, et de l'artère honteuse interne; mais ces avantages sont plus que compensés par l'inconvénient de diviser à la partie la plus reculée de l'urèthre sur deux points opposés de son diamètre, de resserrer l'opération dans la partie la plus étroite du détroit principal du bassin. Elle expose, quand le calcul est considérable, et comme j'en ai été témoin dans un cas malheureux, à ne pouvoir l'extraire sans pratiquer de nouvelles incisions, et même, comme on l'a vu, à ne pouvoir l'extraire du tout. Cette taille est donc bien jugée, sous le rapport des calculs considérables.

La taille recto-vésicale a pour avantages de mettre à l'abri des hémorrhagies et de la lésion des canaux éjaculateurs; mais elle expose

le malade à des fistules recto-vésicales incurables, ce qui l'a fait généralement abandonner, même par ses auteurs.

La taille latéralisée donne une ouverture de quinze lignes environ, la taille bilatérale en donne une qui a près du double. C'est donc entre cette dernière et la taille hypogastrique que le chirurgien aura presque toujours à opter dans le cas de grosse pierre. Supposons le diagnostic de la grosseur de la pierre bien connu : rien ne semble si facile que d'indiquer la méthode à suivre; oui sans doute, quand il pourra être mathématiquement prouvé que la pierre ne peut passer aucun des détroits du périnée; mais pour les autres cas le chirurgien se trouvera souvent embarrassé, retenu qu'il sera par l'autorité des faits et des noms.

Essayons cependant d'établir quelques indications. Il est certains cas, rares à la vérité, mais où le choix n'est pas douteux; tel est celui-ci, par exemple :

Un homme de cinquante-un ans se présente dans le service de M. Blandin, avec tous les symptômes de la fièvre; il est bien portant, du reste, bien constitué, mais il a eu dans son enfance une coxalgie du côté gauche, et par suite, luxation du fémur. Le membre est porté fortement dans l'adduction et la rotation en dedans; de la gêne très-grande pour sonder le malade; impossibilité de faire écarter les cuisses, comme cela est indispensable pour pratiquer la taille sous-pubienne : le calcul avait quinze à dix-huit lignes. La taille hypogastrique fut pratiquée, dans ce cas, par M. Leroy d'Étiolles.

Dans un excellent mémoire sur la taille sus-pubienne, le chirurgien que je viens de citer présente le chatonnement de la pierre comme une indication de faire la taille hypogastrique. M. Leroy d'Étiolles, dans l'observation qu'il rapporte à ce sujet, s'assura que la pierre ne reposait pas, comme de coutume, sur le bas-fond de la vessie, mais qu'elle était suspendue à sa paroi antérieure. « Je cherchai, dit ce praticien, à la saisir avec le brise-pierre pour la déloger; mais comme elle se présentait à l'instrument par son bord et son plus grand dia-

mètre, les mors glissaient sur sa surface sans pouvoir la saisir. Je renouvelai cette tentative plus tard avec le même résultat. MM. les docteurs Louis et Barwitz y assistèrent. Je pensai à faire usage d'une pince-courbe à deux mors, s'ouvrant latéralement, avec laquelle j'aurais pu saisir plus favorablement la pierre et peut-être la déloger. Cependant je réfléchis que quand bien même j'y parviendrais, l'existence d'une cellule étant bien démontrée, les fragments du calcul, en admettant encore la possibilité de sa rupture, tendraient à s'y nicher, et que je n'aurais pas la certitude de débarrasser entièrement la vessie. Je crus donc devoir déclarer que la taille sus-pubienne présentait seule des chances de guérison. M. Marjolin et M. Sanson furent réunis en consultation avec M. Louis et moi. La situation et la fixité de la pierre furent reconnues par ces deux habiles chirurgiens, et la taille sus-pubienne adoptée comme l'unique moyen de salut. La pierre avait la figure d'un ovoïde aplati ; sa longueur était de 28 lignes ; un sillon profond d'une ligne et demie dans quelques endroits partageait la surface de la pierre en deux moitiés presque égales, et indiquait le point sur lequel pressaient les fibres musculaires de la vessie, écartées pour former les bords du vaste chaton dans lequel se trouvait fixé le calcul. M. C..., qui avait supporté l'opération avec un calme et un courage admirables, fut pris immédiatement après d'un frisson convulsif ; le pouls devint serré, la face pâle et livide, ensemble de symptômes qui pouvaient me faire craindre une mort immédiate. Je me hâtai de placer le malade dans son lit, de le réchauffer, et de lui donner à forte dose de l'eau de fleurs d'oranger, de l'essence de menthe. La réaction s'opéra au bout de trois quarts d'heure, et je pus songer à placer la sonde qui devait donner issue à l'urine. Dans la soirée, j'adaptai à cette sonde l'appareil aspirateur de M. Soyer. Mais il ne fonctionnait pas d'une manière régulière et continue ; souvent il se passait dix minutes, sans que l'eau fût teinte par une seule goutte d'urine : en conséquence, je le retirai le lendemain. Pendant deux jours, l'état du malade parut très-satisfaisant ; mais ensuite le ventre devint sensible au toucher, il se ballonna ; l'hémorrhagie se renouvela plusieurs fois, trop peu abon-

damment, il est vrai, pour effrayer, mais seulement de manière à exempter de la saignée; le pouls était fréquent et serré, la langue se sécha et brunit; l'urine reflua par la plaie en abondance, quoique la sonde fût placée convenablement, et le sixième jour le malade mourut. » M. Leroy d'Etiolles remarqua que le chatonnement n'est pas la seule circonstance digne de remarque dans cette observation; l'hémorrhagie lente, peu grave en apparence au premier abord, et son renouvellement au quatrième jour, méritent d'être notés. D'où provenait ce sang? était-ce d'une anastomose anormale des artères épigastriques ou obturatrices? Cet écoulement de sang contribua-t-il à déterminer de la suppuration dans le petit bassin? favorisa-t-il l'infiltration urinaire en empêchant l'épanchement de la lymphe coagulable, ou bien, au contraire, la formation d'un caillot dans la plaie? n'était-elle pas de nature à s'opposer à l'infiltration? Quelle que soit la solution de ces questions, nous voyons par ce fait une preuve de la possibilité d'une hémorrhagie dans la taille hypogastrique.

L'adhérence des pierres avec la muqueuse vésicale a été mise en doute par quelques chirurgiens. Sur un malade opéré, en 1833, par M. Bérard jeune, l'adhérence entre la pierre, qui était volumineuse, et la muqueuse vésicale avait lieu sur toute la surface, et on fut obligé de séparer l'une de l'autre avec une spatule. Ces adhérences ont lieu d'ordinaire lorsque la surface de la pierre est inégale et la vessie fongueuse; les végétations de la muqueuse s'engagent dans toutes les anfractuosités de la pierre, s'y développent et ne peuvent plus en être séparées sans déchirure. Les exemples de pierres chatonnées sont beaucoup plus nombreux. Lorsque la cellule qui contient la pierre existe à la face antérieure, l'extraction est facile et peut même être faite avec les doigts; mais il n'en est peut-être pas de même lorsque le chaton est dans tout autre point. Frère Côme rapporte qu'il fut obligé de dilater une cellule située au bas-fond, de faire soulever la pierre avec un doigt introduit dans le rectum. Un fait semblable s'est présenté à M. Leroy d'Etiolles; M. Sanson relate le fait dans le mémoire présenté à l'Académie sur les nouveaux instruments proposés par M. Leroy

d'Etiolles. Je pense que, dans des cas de ce genre, la taille périnéale offrirait des inconvénients graves, à cause des manœuvres fatigantes auxquelles il faudrait soumettre le malade pour faire l'extraction de la pierre.

Quelques praticiens prétendent que l'hypertrophie de la prostate, loin d'être une contre-indication de la taille sous-pubienne, devrait, au contraire, la faire adopter ; leur préférence est fondée sur les modifications heureuses que les incisions feraient éprouver à la prostate. Je n'ai pas de faits par-devers moi pour étayer cette opinion. M. Leroy d'Etiolles, qui a bien voulu m'aider de ses conseils dans ce petit travail, me parlait aussi de l'hypertrophie de la prostate comme d'une complication fâcheuse dans la taille hypogastrique. Les urines, en effet, dans ce cas, ne s'écoulent pas librement; c'est ce dont j'ai été témoin chez un des opérés de M. Leroy d'Etiolles. Ce malade, intéressant à double titre, et par la gravité de l'opération qu'il a subie, et par le nom qu'il porte, a bien voulu me donner des détails instructifs sur ce qu'il éprouve. M. D..., affecté d'une hypertrophie considérable de la prostate, avait d'abord été soumis à des essais de lithotritie; le calcul était d'une dureté excessive: plus de deux mille coups de marteau ne purent en détacher une seule parcelle. On se résolut alors pour la taille sus-pubienne, et ce fut en présence de MM. Sanson et Velpeau que l'opération fut pratiquée par M. Leroy d'Étiolles. Malgré l'âge avancé du malade, malgré tout ce qu'il avait déjà précédemment souffert, l'opération fut couronnée du plus grand succès. M. D... peut sortir maintenant, et vaquer à ses affaires ; le plus grand inconvénient qu'il ressente, malgré l'habitude qu'il a de vider sa vessie soir et matin avec une sonde, est le besoin continuel d'uriner, besoin qui le réveille fort souvent dans la nuit, et lui cause des insomnies fatigantes.

L'infiltration urineuse de la verge survient quelquefois à la suite de la cystotomie sus-pubienne; l'inflammation gangréneuse à laquelle donne lieu cette infiltration peut produire des perforations de l'urèthre. Lorsqu'elles ont lieu vers la racine de la verge, les ouvertures, communiquant directement dans le canal à travers des tissus minces et

dépourvus de tissu cellulaire, restent fistuleuses, et sont fort difficiles à guérir. Dans un mémoire publié, il y a quelques années, sur le catarrhe de la vessie, on lit: que M. Oudet fut opéré deux fois de la lithotritie, et taillé deux fois au-dessus du pubis, par M. Souberbielle: la première cystotomie laissa une fistule. Il eut, cinq ans après, la seconde; l'une à l'épigastre, les autres dans l'aine et le scrotum. Ces fistules: que laisse après elle la taille épibubienne, sont probablement le résultat des adhérences que contractent les bords de la division de la vessie avec les parties environnantes, adhérences qui s'opposent à un rapprochement complet; plus souvent elles résultent de la destruction du tissu cellulaire sous-cutané par le contact de l'urine.

J'ai parlé des principaux dangers attachés à la taille sus-pubienne; j'aurai occasion de parler, un peu plus bas, de la lésion du péritoine, dont je n'ai encore rien dit. Avant de tirer aucune conclusion, qu'il me soit permis de faire un petit retour sur la taille bilatérale. Comparée aux autres procédés qui se rattachent à la méthode périnéale, la taille bilatérale, on ne peut en disconvenir, présente les avantages suivants: 1° son exécution est plus facile, plus prompte que celle de la plupart d'entre eux; 2° l'ouverture qui résulte de son emploi occupe la partie la plus large du détroit périnéal du bassin, et par conséquent présente la disposition la plus favorable à l'extraction des calculs volumineux; 3° elle ménage plus sûrement que la taille latéralisée les canaux éjaculatoires, dont la lésion, sans être aussi féconde en accidents que le prétendait Scarpa, ne doit cependant pas être considérée comme entièrement indifférente; elle ouvre jusque dans l'intérieur de la vessie une voie plus courte et plus directe que les incisions transversales, obliques ou verticales, et à travers laquelle il est plus facile de faire manœuvrer les instruments; l'urine, par cette voie, trouve un écoulement libre, sans qu'aucun obstacle puisse favoriser son extravasation dans le tissu cellulaire profond, à moins qu'on n'ait dépassé les limites de la prostate: cependant, pour être fidèle à la marche que je me suis tracée, avouons que la section semi-lunaire elle-même n'est pas toujours sans danger. Sans doute il arrive ordinairement que, dans

cette section, l'artère transverse reste placée à quelque distance de l'instrument, et par conséquent tout à fait hors de ses atteintes ; mais qu'un opérateur moins habile, moins exercé dans l'emploi de ce procédé, veuille tenter l'opération, il suffira qu'il s'écarte d'une seule ligne, qu'il n'apporte pas dans tous ses mouvements toute la précision nécessaire, pour que l'artère soit lésée. Bien plus, comme on le voit dans le *Répertoire de physiologie* de M. le professeur Breschet, si malheureusement il se présente quelque anomalie dans la disposition des parties molles du périnée, et particulièrement dans celle des vaisseaux qui s'y distribuent, la lésion sera inévitable ; et, cependant, quoi de plus variable que l'état des vaisseaux, et surtout des branches artérielles ! Un autre accident pouvant compliquer la taille bilatérale a été signalé par Shaw (*London med. and surg. journ.*). Ce chirurgien pratiquait l'opération de la taille, et déjà il venait d'inciser la portion membraneuse de l'urèthre, lorsqu'un jet de sang, qui se fit jour à travers la plaie, lui fit craindre d'avoir intéressé l'artère honteuse interne; il introduisit son doigt dans la plaie, comprima le vaisseau, et cependant l'hémorrhagie ne cessa point. La compression fut exercée au moyen d'une canule entourée de linge, et le sang cessa de couler pendant la journée. Cependant le malade souffrait beaucoup du ventre; de violentes coliques survinrent, accompagnées de mouvements spasmodiques, et il mourut le même jour, vers onze heures et demie. À l'autopsie, on remarqua que l'iliaque interne fournissait, indépendamment de l'artère honteuse interne, une branche qui se dirigeait sur le côté de la vessie et de la prostate, et qui, passant sous l'arcade pubienne avec les veines dorsales, devenait elle-même l'artère dorsale de la verge; on reconnut alors que ce vaisseau seul avait été divisé dans l'opération. M. Shaw fit remarquer, à cette occasion, que cette disposition particulière des vaisseaux honteux est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et que, peu d'années auparavant, il en avait observé une toute semblable sur deux cadavres de son hôpital ; que Tiedmann l'a rencontrée trois fois, et l'a fait dessiner dans son ouvrage ; que Burns l'a vue quatre fois sur des individus du sexe masculin ; que

Vesale, Sylvius, Higmore, Winslow, ont indiqué cette disposition comme n'étant pas très-rare.

Après avoir comparé les avantages et les inconvénients respectifs des tailles périnéales et hypogastrique, il est temps d'arriver à une conclusion. Eh bien, je pense que, dans l'état actuel de la science, et vu surtout les perfectionnements que, dans ces derniers temps, MM. Leroy d'Etiolles, Belmas, etc., ont apportés dans l'état des instruments, la taille hypogastrique méritera la préférence lorsqu'il existera des calculs volumineux. Ce qui a jeté de la défaveur sur la taille hypogastrique, dit M. Leroy d'Etiolles dans le mémoire déjà cité, c'est que cette taille, réservée pendant longtemps pour l'extraction des calculs volumineux, a presque toujours été pratiquée dans des conditions défavorables; ses résultats, comme on peut le penser, ont été souvent funestes, et l'on n'a pas manqué d'attribuer à l'opération elle-même ce qui, dans la réalité, dépendait des circonstances qui forçaient d'y avoir recours. En effet, les incisions les plus étendues, la distension la plus grande des parties molles, les tractions plus fortes que l'on est obligé de faire pour enlever un gros calcul, sont des causes de mort moins fréquentes et moins irrémediables que l'altération produite dans certains organes, dans les reins surtout, par le séjour prolongé d'une pierre dans la vessie.

C'est, en effet, par la néphrite que meurent les cinq sixièmes des calculeux, lorsqu'ils ne veulent se soumettre à aucune opération; mais il est bon d'ajouter que si quelques granulations dans la substance corticale peuvent, comme on le voit tous les jours dans la maladie de Bright, produire la mort, la néphrite, au contraire, que déterminent la longue présence d'un calcul, le catarrhe de la vessie et la rétention d'urine, cette néphrite qui commence par les uretères, les bassinets et les calices, peut marcher lentement et arriver à désorganiser complétement les deux reins avant qu'il soit possible, même à l'œil le plus exercé, de reconnaître l'étenduedu mal. Mais que l'on vienne à pratiquer une opération, même légère, sur les organes urinaires, et tout d'un coup cette altération profonde se manifeste par des symptômes alarmants,

qui tiennent, tantôt de la fièvre pernicieuse, tantôt de la fièvre adynamique, et ne tardent pas à enlever le malade. C'est donc, je le répète, la néphrite que l'on pourrait appeler *catarrhale*, compagne ordinaire des affections calculeuses anciennes, qui rend souvent funestes toutes les opérations, sans exception aucune, que l'on tente pour les guérir : or, comme la taille hypogastrique est alors la seule qui offre des chances de guérison, et qu'elle est plus souvent mise en pratique à cette période avancée, elle est nécessairement aussi plus souvent qu'une autre suivie de la mort. Pour que cette opération pût être mise en parallèle avec les tailles périnéales, il fallait qu'elle fût appliquée à tous les cas indistinctement, et les résultats obtenus par M. Souberbielle et quelques autres chirurgiens feraient penser qu'elle peut alors soutenir la comparaison sans désavantage.

La taille épibubienne est une opération simple ; toutefois il y a deux choses qu'il importe d'éviter, et on n'y parvient malheureusement pas toujours, c'est la lésion du péritoine et l'affaissement de la vessie au moment où elle vient d'être ouverte. La lésion du péritoine est quelquefois inévitable, lorsque, par exemple, il se rencontre des cas comme celui cité par M. Leroy d'Etiolles, où le péritoine était uni à la symphyse des pubis et adhérent à la région supérieure de la vessie. Les instruments que ce chirurgien a imaginés ont pour objet de mettre à l'abri de ces deux accidents, et de rendre l'opération sûre même pour une main peu chirurgicale. Mais cette lésion du péritoine, dont se sont tant préoccupés les auteurs, est-elle en effet aussi redoutable qu'elle paraît l'être? S'il n'y avait à craindre le passage de l'urine dans la cavité de cette membrane, on pourrait supposer que son incision ne présenterait pas plus de danger que dans l'opération de la hernie étranglée. J'ai lu l'observation de quatre malades chez lesquels le péritoine a été ouvert dans la taille sus-pubienne et qui ont guéri. Je crois donc que, quelque redoutable que soit cette inflammation, elle cause moins souvent la mort que l'infiltration urineuse ; c'est contre cette infiltration urineuse que se sont surtout dirigés les efforts de M. Leroy d'Etiolles, et le mécanisme ingénieux par lequel cet habile praticien change la

transformation de la suture en un simple soulèvement des bords des parois de la vessie a, je crois, beaucoup diminué les dangers de l'opération. Un fil engagé dans chaque lèvre de la plaie de la vessie, et noué sur un bout de sonde en gomme mis à plat en travers de la plaie de l'hypogastre maintient soulevées les parois.

Conclusions. — 1° Toutes les fois que le calcul sera enchatonné ou adhérent, il vaudra mieux pratiquer la taille hypogastrique.

2° Lorsque la prostate sera malade, il vaudra peut-être mieux avoir recours à la taille périnéale.

3° Lorsque la vessie est raccornie, revenue sur elle-même, la taille sous-pubienne sera préférable.

4° Chez les vieillards, la taille hypogastrique offre, je crois, moins de dangers.

5° Les hémorrhagies sont moins à craindre dans la taille hypogastrique que dans les tailles périnéales.

6° Avec les précautions convenables, les infiltrations urineuses sont moins à redouter dans la taille hypogastrique que les auteurs le disent généralement.

II.

Des différentes sources du délire; en indiquer les prodromes.

Le siége de cette affection, dit M. le professeur Andral, est évidemment dans le cerveau; mais dans quelle partie du cerveau? Cette question n'est pas encore résolue. Si quelques nosologistes modernes, tels que MM. Lallemand, Bouillaud, Rostan, ont, dans ces derniers temps, soulevé un coin de cet immense tableau, combien encore ne reste-t-il pas à faire! On a bien pu, par des expériences directes sur les animaux, établir, dans certains cas, quelle était la lésion du cerveau qui répondait à telle ou telle lésion du sentiment et du mouvement; mais peut-on

dire, sans anticiper sur les décisions de l'avenir, que les troubles de notre intelligence coïncident avec une altération de la couche corticale des hémisphères? Si, grâces aux travaux des célèbres médecins que je viens de citer, il a pu être constaté par un grand nombre d'observations qu'il existe un rapport intime entre l'inflammation des lobes antérieurs et la perte de la parole, ou *le délire de mémoire*, dans combien d'autres cas, la science ne doit-elle pas rester muette? Nous disons alors, en voyant l'aberration de certains actes de notre intelligence, qu'il y a trouble de l'âme, qu'il y a délire, en un mot, quoique nous n'en connaissions pas la source, quoique ce délire existant même depuis plusieurs jours avant la mort, on n'ait rien trouvé ni dans le cerveau, ni dans ses membranes.

Ainsi, le délire n'est pas toujours en rapport avec les lésions du cerveau. Dans les cas où l'état anatomique du cerveau ne donne aucun renseignement, peut-on admettre qu'il a existé une congestion passagère qui s'est dissipée au moment de la mort? Rien ne prouve d'abord l'existence de cette congestion; mais, en l'admettant même, on recule la difficulté sans la résoudre.

Quand on voit un malade affecté de délire, dit M. Andral, on est porté à penser et à dire qu'il y a chez lui excitation du cerveau; il n'en est cependant pas toujours ainsi, et c'est aller contre les faits que de dire que le délire est toujours dû à un état d'irritation et de stimulation. Sans invoquer encore la lumière des faits, la raison ne dit-elle pas que l'irritation et la congestion ne sont pas plus nécessaires à l'existence de deux idées qui s'associent mal, d'où résulte le délire, qu'à l'existence de deux idées qui s'associent bien, d'où résulte la raison? Une fois le délire produit, la congestion peut bien survenir, mais c'est alors comme résultat et non comme cause. Ainsi, quand un homme se met en colère, et qu'il survient une congestion cérébrale, dira-t-on que c'est parce qu'il y a eu congestion qu'il s'est mis en colère? Non; c'est la proposition inverse qui est la vraie. Or, la colère peut être considérée comme un léger délire: *ira delirium brevis*, a dit Sénèque. Il

en est de même pour un individu chez lequel un travail intellectuel long, assidu, opiniâtre, a déterminé une congestion cérébrale.

Le délire, dit M. Georget, n'a pas encore été étudié d'une manière particulière chez les animaux; mais, chez eux, les dérangements du cerveau se manifestent par des phénomènes identiques dans les espèces par l'abattement et la tristesse, l'agitation, les cris et la fureur.

Le délire se présente sous deux formes bien remarquables : l'une s'appelle délire aigu ou fébrile, l'autre délire chronique sans fièvre. Le délire chronique est le caractère essentiel et distinctif de l'aliénation mentale; tout ce qui peut apporter une modification quelconque dans le cerveau peut causer le délire aigu ou fébrile. En cherchant à diviser le délire d'après les causes qui le produisent, et qui réclament un traitement différent, on trouve qu'il importe d'établir un délire *sympathique* et un délire *idiopathique*.

1° *Délire sympathique*.— Celui-ci n'a pas son point de départ du cerveau. Une vive douleur, une maladie quelconque, existant dans une partie de l'économie, peuvent le produire. J'observe actuellement un de mes amis qui, depuis deux mois, a un délire presque continu, et dont le point de départ semble être une pleurésie chronique. M. Andral cite une observation d'inflammation de l'estomac, avec induration squirrheuse d'une partie des parois de ce viscère, pendant le cours de laquelle un délire aigu s'était manifesté avec tous les symptômes d'une méningite; à l'ouverture du cadavre on trouva néanmoins les méninges saines, blanches, partout exemptes d'injection. Rien de plus commun aussi que ce délire sympathique dans diféfrents exanthèmes aigus, tels que la variole confluente, l'érysipèle, la rougeole.

Délire idiopathique. — Il y en a de plusieurs genres : il peut être produit par une stimulation du cerveau et de ses membranes, comme dans la méningite; il y a une variété de ce genre de délire qui est à noter. Les matelots qui cinglent vers les pays équatoriaux sont quelquefois pris de délire et obsédés par une idée fixe. Au milieu de l'O-

céan, ils s'imaginent voir des prés, des gazons, des champs de verdure, et, croyant pouvoir les atteindre, se précipitent dans la mer. Les Espagnols ont nommé ce délire *calentura*. L'influence de la chaleur du climat est sans doute pour beaucoup dans ce délire. La nostalgie et le violent désir de revoir la patrie après une longue traversée agissent comme causes prédisposantes. Le délire idiopathique peut survenir par défaut d'excitation du cerveau par faiblesse de cet organe; aussi n'est-il pas rare, à la suite des grandes hémorrhagies, à la suite des abstinences prolongées : dans ce dernier cas, le délire peut se changer en véritable fureur, comme le naufrage de *la Méduse* en a offert un si triste exemple.

Le délire trouve encore sa source dans l'introduction dans la masse du sang de certaines substances étrangères qui ont sur le cerveau une influence telle que le délire en est la suite : tels sont les alcooliques et les narcotiques qui agissent spécialement sur le cerveau. L'excès des spiritueux donne lieu à un délire qui a été bien étudié dans ces derniers temps, et qu'on appelle *delirium tremens*, et qu'un médecin français a si bien désigné sous le nom d'*encéphalopathie crapuleuse*. Ce délire s'observe surtout dans les grandes villes de l'Europe et des États-Unis de l'Amérique.

Prodromes. — J'aurai peu de choses à dire sur les prodromes; encore, ces prodromes sont-ils différents, suivant le genre de délire.

Dans le délire aigu, l'invasion peut être rapide; cependant elle est ordinairement annoncée par de l'insomnie, de la céphalalgie, des pesanteurs de tête, des vertiges, des bourdonnements, des tintements d'oreilles. Le malade présente un air d'étonnement; sa tête est chaude; sa face est rouge et vultueuse; ses yeux sont brillants et supportent difficilement une lumière vive; la circulation céphalique paraît accélérée. A ces phénomènes succèdent tôt ou tard les désordres qui caractérisent le délire, désordres qui varient infiniment sous le rapport de leur intensité. Dans le délire chronique, au contraire, le malade a presque toujours offert de longue date des changements dans son caractère:

il est devenu d'une susceptibilité extrême avec ses parents et amis; il a pris du dégoût pour tout ce qui l'intéressait, de l'aversion pour les objets de ses affections ; il éprouve des accès de colère pour les causes les plus légères; il recherche la solitude, et, quelquefois, il a annoncé lui-même que sa tête déménageait.

Le *delirium tremens*, qui reconnaît pour cause l'usage habituel et prolongé des liqueurs alcooliques, peut survenir soit pendant le cours d'une maladie, soit dans l'état de santé. Dans ce dernier cas, son invasion est ordinairement subite; il peut arriver néanmoins qu'elle soit précédée de symptômes précurseurs, tels que malaise, faiblesse, insomnie et céphalalgie plus ou moins intense.

III.

Des usages du système pileux; des causes de la coloration de ce système.

Leur abondance chez la plupart des quadrupèdes garantit ceux-ci du froid; la nature semble même pour eux avoir en vue cet unique objet. L'hiver, de nouveaux poils s'ajoutent à ceux de l'été, et tombent au renouvellement des chaleurs; et des espèces, qui les perdent dans les pays très-chauds, les changent en laine longue et épaisse dans le Nord. Mais quel peut être pour l'homme qui est appelé à vivre sous les cercles polaires comme sous l'équateur, le but et l'utilité des poils rares qui n'offrent à son corps ni abri, ni défense? Les cheveux, il est vrai, peuvent être regardés comme quelque chose de plus qu'un simple ornement; les sourcils détournent du front la sueur qui pourrait s'introduire entre les paupières, et affaiblissent, mais moins que les cils, l'impression d'une lumière trop vive pour la rétine; les cils écartent encore du globe de l'œil les petits corps qui voltigent dans l'air, et les poils qui sont placés à l'entrée du nez et du conduit auditif empêchent la poussière et les insectes de s'introduire dans ces cavités délicates.

Faire des poils, comme l'ont voulu des auteurs très-recommandables, les organes d'une transpiration insensible, un émonctoire qui supplée à la sécrétion des reins, c'est, je pense, s'appuyer sur des données purement hypothétiques. Quant à l'influence des poils sur la production et la guérison des maladies, j'ai peine à croire à tous les faits que M. Lanoix cite à ce sujet ; je pense que, s'il avait bien observé, il aurait attribué à toute autre chose qu'à la coupe des cheveux ces cas de mort presque subite dans certaines convalescences.

Des causes de la coloration des cheveux.

La couleur de la peau, si intéressante pour le naturaliste et le philosophe, dit M. le professeur Cruveilhier, est en rapport assez constant avec la couleur des cheveux : ainsi, les individus à cheveux blonds ont généralement la peau plus blanche que les individus à cheveux noirs; ainsi voit-on coïncider avec les cheveux rouges des taches cutanées, plus ou moins analogues à cette coloration. Dans l'albinisme, il y a absence de matière colorante à la peau, comme aux cheveux, comme dans l'intérieur de l'œil. Quelle est la source de cette matière colorante ? M. Gauthier pense qu'elle est fournie par le bulbe des poils. M. le professeur Breschet, dans un beau mémoire sur ce sujet, admet un organe sécréteur du pigmentum, organe glanduleux qui serait situé à la partie extérieure du derme dans de profonds sillons ; cet organe serait surmonté d'un grand nombre de tubes excréteurs qui verseraient sous l'épiderme les globules du pigmentum.

Le savant professeur Vauquelin, en cherchant à connaître la nature de la matière animale dont les cheveux sont formés, pour savoir si elle avait des analogues dans l'économie, a été conduit, par des phénomènes particuliers qui se sont présentés dans le cours de ses expériences, à rechercher d'où il pouvait provenir. On voit, d'après ses expériences, que les cheveux noirs fournissent à l'analyse neuf substances différentes (Mémoire lu à l'Institut, 1806).

1° Une matière animale, qui en fait la plus grande partie;

2° Une huile blanche concrète, en petite quantité;
3° Une autre huile noir-verdâtre, plus abondante;
4° Du fer;
5° Quelques atomes d'oxyde de manganèse;
6° Du phosphate de chaux;
7° Du carbonate de chaux en très-petite quantité;
8° De la silice en quantité notable;
9° Une quantité notable de soufre.

Les mêmes expériences font connaître que les cheveux rouges ne diffèrent des noirs qu'en ce qu'ils contiennent plus de soufre, un peu moins de fer, et une huile rouge au lieu d'une huile verdâtre; enfin, que les cheveux blancs diffèrent des deux premières espèces en ce que l'huile n'est presque pas colorée.

Pour rendre raison de la blancheur des cheveux arrivant presque subitement chez des personnes affectées d'un profond chagrin, M. Vauquelin a eu recours encore aux lois de la chimie pour expliquer ce phénomène si remarquable. La production rapide d'un acide dans l'économie ne lui paraît pas impossible. Nous savons, en effet, d'après les expériences de notre savant chimiste, M. Orfila, que les cheveux peuvent blanchir par le chlore; mais où se formera dans l'économie cet acide assez actif pour détruire en un instant la couleur de cheveux? sera-ce dans les cheveux mêmes ou hors des cheveux. C'est une question qui me semble bien difficile à résoudre.

D'après M. Burdach, c'est la graisse qui donne au poil sa flexibilité qui, de concert avec le soufre, lui donne sa couleur. Aussi, dit-il, les poils des nègres rougissent-ils avec le temps dans l'alcool, et finissent-ils par y devenir blancs. Aussi verdissent-ils chez les ouvriers des mines de cuivre, parce que l'oxyde de cuivre donne une dissolution verte avec l'huile. Il est possible, dit le physiologiste allemand, que le soufre qui existe en si grande quantité contribue, ainsi que le fer ou le manganèse, à la coloration des poils; car les poils gris ou d'une teinte claire sont noircis par les oxydes de mercure, d'argent, de plomb et de bismuth.

IV.

Tracer les caractères abrégés des plantes de la famille des amomées, et des médicaments que la thérapeutique en retire.

Fleurs solitaires, en épis ou en grappes, renfermées dans des spathes avant leur développement; calice coloré, pétaloïde, tubuleux à sa base; limbe double; l'extérieur à trois divisions irrégulières et comme bilabiées; deux divisions plus petites forment la lèvre supérieure; une seule constituant la lèvre inférieure, qui est trilobée. Dans chaque fleur on ne trouve qu'une seule étamine épigyne, dont le filet est quelquefois dilaté et pétaloïde, d'autres fois soudé en partie avec le style, tandis que l'anthère est souvent séparée en deux parties distinctes. L'ovaire est à trois loges; le style est grêle; le stigmate est terminal et concave; le fruit est une capsule triloculaire, trivalve, rarement une baie renfermant plusieurs graines. Tels sont les caractères des plantes de cette famille donnés par M. le professeur Richard. Un travail *ex professo* serait nécessaire sur ce sujet, disent MM. Mérat et Delens; mais il faudrait qu'il fût exécuté aux Indes, surtout aux Moluques, où se voit le plus grand nombre des genres et espèces de la famille des amomées qu'on appelle aussi *drymyrhysées*.

Les médicaments que la thérapeutique en retire aujourd'hui sont très-bornés, et peuvent aisément être remplacés par plusieurs de nos aromates indigènes ou naturalisés, qui auront, comme les plantes de cette famille, des propriétés excitantes et toniques.

Amomum cardamomum. — L'arome de ces fruits réside dans les semences; plus usité dans l'art culinaire qu'en pharmacie.

Amomum grana paradisi, graines de paradis. — Spont. à Madagascar, Ceylan, Guinée. Saveur âcre et piquante. Considérées comme toniques.

Amomum zedoaria, zédoaire. — La racine nous est envoyée en morceaux cylindriques. Odeur forte, désagréable; saveur aromatique, amère, approchant de celle du romarin.

Amomum zingiber. — Spont. dans l'Inde orientale et entre des tropiques, d'où il a été transporté en Amérique, où il se cultive en grand.

Propriétés. — Tonique, stimulant, utile dans la faiblesse des voies digestives et dans les autres maladies atoniques. En conséquence on lui attribue la faculté carminative et anthelminthique. Dose: depuis dix grains à un demi-gros en infusion théiforme, prise à jeun. Ces quatre espèces d'amome ou de gingembre présentent, comme on le voit, des propriétés analogues; toutes sont toniques et aromatiques. Le gingembre entre dans la composition de la thériaque et du diascordium. Les amomes, d'après M. Bodard, pourraient facilement être remplacées par les plantes indigènes suivantes.

Teucrium marum (L.) (*Germandrée cotonneuse*), dont les propriétés stimulantes résident dans son huile volatile.

Teucrium sordium (L.) (*Germandrée aquatique*), venant dans les terrains humides et marécageux du midi de la France.

Cochlearia armoriaca (L.) (*Grand raifort sauvage*).

Sinapis nigra (L.) *Moutarde noire; Sénevé.*

Capsicum frutescens (L.) (*Poivre arborescent*). On peut le préparer de la même manière que les Indiens préparent le poivre de Guinée, et dont M. Valmont de Bomare donne le procédé dans son Dictionnaire.

Un mot encore seulement sur l'*arrow-root*.

C'est un nom que les Anglais ont donné collectivement à la fécule provenant de la racine de plusieurs plantes monocotylédones, comme on nomme *sagou* celle qu'on extrait de la plante des palmiers. On retire l'arrow-root des racines tubéreuses du *maranta indica* (*amomées*); celle qu'on obtient de l'avoine a des rapports avec l'arrow-root, selon M. Chevalier. L'arrow-root a la propriété de toutes les fécules. Notre fécule de pomme de terre peut très-bien la remplacer; elle est meilleur marché, plus facile à digérer, d'une saveur plus agréable, et se marie mieux avec les liquides avec lesquels on l'associe.

OBSERVATION

D'UN CAS DE CONVULSION DANS LA GROSSESSE.

Magdeleine de B., âgée de trente-un ans, demeurant à la campagne, est d'une stature élevée, d'une constitution lymphatique, et a toujours joui d'une bonne santé. Mariée à trente ans, elle devint bientôt enceinte, et sa grossesse ne fut troublée par aucun accident. Elle se livre à ses occupations jusqu'à l'apparition des premières douleurs. Le 26 mai 1828, me trouvant par hasard à la campagne dans la maison qu'habitait Magdeleine, je fus appelé pour lui donner des soins : il était trois heures du matin. De petites douleurs se faisaient sentir depuis la veille, à dater de dix heures du soir. Je la touchai immédiatement : le bassin était bien conformé, le col de l'utérus dilaté comme une pièce de vingt sous, et fortement incliné en arrière. Pourtant je pus reconnaître que le front correspondait à l'éminence iléo-pectinée gauche, le menton à la symphyse sacro-iliaque droite. J'essayai, au moyen de quelques tractions modérées, de ramener dans la direction du vagin le col, qui était dirigé vers la courbure du sacrum : mes efforts ne furent pas suivis de succès; les douleurs continuèrent. Je fis marcher cette femme, espérant que le col reprendrait une position plus favorable à la terminaison de l'accouchement. La marche procura, en effet, cet avantage : à sept heures du matin, l'orifice utérin n'était pas plus dilaté que lorsque j'avais touché pour la première fois. Les douleurs se faisaient sentir presque continuellement, mais faiblement. La malade était fatiguée, et éprouvait un léger malaise; ses jambes étaient gonflées; le pouls était fort, plein et fréquent. J'hésitai si je ne ferais pas une saignée, et je me repentis plus tard de ne l'avoir pas pratiquée. Toute la journée du 27 se passa avec quelques petites douleurs qui se succédaient à des intervalles assez éloignés, et le col ne se dilatait que très-peu. La nuit, son sommeil fut interrompu presque

toutes les demi-heures par les contractions utérines. Le 28, à huit heures du matin, je trouvai l'orifice large comme une pièce de cinq francs. Les contractions devinrent de plus en plus fortes, et à midi la contraction était complète. L'enfant se présentait dans une première position de la face; je ne fis aucune manœuvre à l'effet de convertir cette présentation de la face en présentation du sommet. Je laissai marcher les choses, persuadé que l'accouchement se terminerait heureusement. A quatre heures, les douleurs ayant cessé complétement, j'administrai douze grains de seigle ergoté. Un quart d'heure après, les douleurs devinrent de plus en plus vives: la poche des eaux faisait saillie dans le vagin; je la rompis. Tout allait bien : la tête avançait et allait franchir, lorsqu'au milieu d'une vive douleur, la femme fut prise de convulsions. La face devint vultueuse, la tête se renversa en arrière, les dents se serrèrent avec force, les membres se tordirent, l'écume vint à la bouche. Dès ce moment, il y eut absence complète de connaissance. Les artères temporales battaient avec force, le pouls était plein et fort. Je pratiquai immédiatement une large saignée qui sembla rendre un peu la vie à la malade. Effrayé comme je devais l'être de me trouver seul, j'envoyai chercher le médecin de l'endroit; il fut d'avis de terminer promptement l'accouchement avec le forceps. J'essayai vainement d'introduire deux doigts dans le vagin; la malade fit tant de mouvements, qu'il fut impossible d'appliquer les branches de l'instrument. Nous espérâmes qu'un bain longtemps prolongé la calmerait un peu. A peine placée dans le bain, de nouveaux accès nous forcent de l'en sortir de suite. Après des efforts inouis, on finit par placer les branches, et les tractions amenèrent un enfant qui ne fit que quelques inspirations, puis cessa de vivre. La délivrance était à peine opérée, que notre malheureuse malade fut prise de nouvelles convulsions: cet état continua pendant toute la journée du lendemain. Nous la saignons de nouveau, nous lui administrons deux lavements purgatifs; malgré tout ce que nous pûmes faire, elle eut onze attaques dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'accouchement. Au bout de ce temps, elle sortit peu à peu de cet état de torpeur dans lequel elle s'é-

tait trouvée pendant trente heures. Sa connaissance revint peu à peu ; mais encore avait-elle perdu complétement le souvenir de son accouchement, et même de sa grossesse : ce ne fut qu'après environ trois semaines qu'elle se rappela sa grossesse, et la mémoire de son accouchement ne lui revint que plus tard.

PROPOSITIONS.

I.

Des affections morales, et toutes causes pouvant arrêter le flux menstruel dans le moment de son écoulement, peuvent le produire dans les mêmes circonstances lorsqu'il n'existe plus.

II.

Une grossesse qui se complique de pertes se renouvelant à des intervalles longs, puis courts, puis fréquents, peut être considérée comme une grossesse compromettant la vie de l'enfant et de la mère; dans ce cas :

1° Entre le tamponnement et la perforation des membranes, le choix n'est pas douteux;

2° Il ne faut pas même attendre pour rompre les membranes qu'il y ait eu des contractions utérines;

3° Il ne se passe pas plus de vingt à vingt-quatre heures avant que les contractions arrivent.

III.

Dans les cas de rétention de placenta, surtout lorsque cette rétention date de plus de six à huit jours, il vaut mieux employer la main pour l'extraire que tout autre moyen.

IV.

L'hémorrhagie qui se fait pendant la grossesse est plus grave que celle qui se fait pendant la délivrance.

V.

L'hémorrhagie qui se fait au commencement du travail est aussi plus dangereuse que celle qui se fait à la fin.

VI.

Les suites des couches sont ordinairement plus longues quand la grossesse a été troublée par des hémorrhagies.

VII.

La sensibilité du sein est quelquefois telle chez quelques femmes, que l'allaitement est pour elle un véritable supplice, et peut être la cause de phénomènes nerveux.

VIII.

Le lait de la mère convient mieux dans les premiers moments à un enfant que le lait d'une nourrice ancienne.

IX.

On prolongerait l'existence de quelques malades, si l'on se déterminait plus tôt à pratiquer un anus artificiel dans certains cas de rétention des matières fécales.

X.

J'ai vu deux malades évidemment placés dans une situation désespérée être sauvés par cette opération pratiquée par M. Amussat.

XI.

Pour le diagnostic de la grossesse, M. Mongommery, de Dublin, fait grand cas des deux phénomènes suivants : 1° coloration du mamelon ; 2° développement des tubercules papillaires du mamelon.

Je pense que le premier signe n'a quelque valeur que chez les primipares.

Pour le second signe, voilà ce que l'observation a montré à M. le professeur P. Dubois :

1° Chez un grand nombre de femmes, il n'y avait aucun développement de tubercules papillaires.

2° Il y en a beaucoup d'autres chez lesquelles les tubercules papillaires ont un développement médiocre.

3° Chez d'autres, ils étaient très-développés : d'où leur absence et leur développement médiocre ne prouvent pas qu'il n'y ait pas grossesse.

XII.

Quand on a constaté qu'un calcul existe dans la vessie, il peut disparaître pendant un certain temps, et ne pas être rencontré dans les explorations subséquentes : les causes de ce phénomène sont les vessies à cellules, dans lesquelles les calculs peuvent se réfugier et éviter l'action de la sonde.

XIII.

Ces cellules peuvent être en nombre et de dimensions variables, et renfermer toutes des calculs.

XIV.

Il n'est pas nécessaire que les malades tiennent des propos dérai-

sonnables pour que les praticiens jugent qu'il y a délire; tout changement survenu dans la voix, dans les gestes, dans les habitudes indique une nuance de délire.

XV.

Si les forces du malade diminuent, et que le délire persiste, c'est un signe fâcheux.

XVI.

Si les malades sont calmes, s'ils parlent seuls à voix basse, si leur regard est fixe, étonné, inquiet, c'est un mauvais signe.

XVII.

Chez les femmes sanguines, l'éclampsie est moins grave que chez les lymphatiques. Chez les premières, on a la ressource des émissions sanguines.

XVIII.

Quand l'accès est accompagné de troubles sensoriaux, tels que la cécité, la surdité, etc., le cas est très-grave.

XIX.

Les convulsions sont bien plus graves pour l'enfant, surtout si les accès ont été répétés.

XX.

Quand une femme lymphatique, primipare, et qui a dépassé trente

ans, présente un état d'œdème avant son accouchement, il faut se tenir sur ses gardes.

XXI.

Dans ce cas, je ferais un traitement préventif, en agissant sur le tube intestinal au moyen de dérivatifs; le meilleur est, je crois, dans ce cas, le calomel; on pourrait encore donner, comme le fait M. Hamilton, la teinture de digitale.

XXII.

Quand il y a des tintements dans les oreilles, de la céphalalgie, que la vue est affaiblie chez une primipare sur le point d'accoucher, il faut se tenir sur ses gardes.

XXIII.

Les causes morales, comme le dit M. Moreau, influent beaucoup comme cause de convulsions.

XXIV.

Quand la femme est forte, les saignées à hautes doses paraissent préférables à M. Dubois : on peut alors en tirer seize et vingt-quatre onces chaque fois.

XXV.

Les ventouses Junod peuvent, dans certains cas, remplacer avantageusement la saignée.